



Telessaúde Informa

Boletim Informativo Mensal do Núcleo de Telessaúde SC



edição 39 | junho de 2016



Conheça o trabalho do
médico na equipe de Saúde
da Família

página 4



As principais informações
sobre o H1N1

página 10



Conheça o projeto
Agrofloresta

página 16

Nesta edição

Os dois meses de intervalo entre a publicação do Telessaúde Informa de abril e esta edição foram de bastante movimentação para os profissionais da saúde. Nem bem havíamos saído da situação epidêmica das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* (incluindo toda a preocupação em volta dos casos de microcefalia) e fomos surpreendidos pela influenza A (H1N1) que, neste ano, surgiu mais cedo. O histórico do vírus, que inclui a pandemia mundial em 2009 e a epidemia de 2012 no nosso estado, justifica o medo da população e a preocupação dos profissionais de saúde. Resolvemos abordar o tema como assunto principal deste informativo para ampliar a discussão e a compreensão acerca do vírus e as formas de proteção.

Chegamos à última reportagem sobre os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família e finalizamos explorando um pouco do universo dos médicos que compõem as equipes. Nossa entrevista aborda a luta antimanicomial, um tema ainda bastante polêmico e que merece a atenção de toda a sociedade. Na reportagem fotográfica, você confere um pouco do clima de relaxamento que as tardes de sexta-feira proporcionam à comunidade do bairro Coqueiros, de Florianópolis, através do projeto Agrofloresta.

Agradecemos a todas as pessoas que participaram deste informativo e compartilharam suas experiências conosco! Muito obrigado também pelas sugestões de pauta sempre pertinentes. Continue colaborando conosco! Envie suas ideias para: telessaude.sc@saude.sc.gov.br.
Boa leitura!

Destaque	3
Cotidiano	4
Entrevista	6
Reportagem	10
Click!	16
Teleconsultoria	20
Dicas	24
Agenda	25



Conheça o projeto Agrofloresta desenvolvido no Centro de Saúde de Coqueiros, em Florianópolis. Pág. 16.



Gripe e hepatites virais

são temas de vídeos produzidos pelo Telessaúde e pela DIVE

Uma parceria entre o Telessaúde SC, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC) e a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV) do Estado resultou na produção de vídeos com orientações para a população e para os profissionais de saúde sobre dois assuntos importantes do momento: gripe e hepatites virais. O material foi divulgado em escolas, enviado para as Unidades Básicas de Saúde e está disponibilizado no canal do Telessaúde no Youtube (youtube.com/telessaudesc). Confira!



GRIPE - Orientações para os profissionais de saúde



HEPATITES VIRAIS - Orientações para a população

Telessaúde lança minicurso sobre *tabagismo*!

A equipe de Tele-educação do Telessaúde está finalizando a elaboração do minicurso sobre tabagismo, que deve ser lançado em breve. Se interessou e quer participar?

Então acompanhe nossos canais de comunicação e se mantenha informado sobre a abertura das inscrições!

Se você quiser receber **DICAS, CURIOSIDADES e INFORMAÇÕES ADICIONAIS** sobre **SAÚDE**, curta nossa **PÁGINA [facebook.com/TelessaudeSC](https://www.facebook.com/TelessaudeSC)** e fique por dentro de todas as **NOVIDADES!**

Todos no combate à *sífilis congênita*

Você sabia que no período de 2010 a 2015 foram 3.374 casos de sífilis em gestantes em Santa Catarina e que somente entre 2014 e 2015 houve um aumento de 61,4% dos casos dessa doença?

Diante desse panorama, o Telessaúde SC atuará em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC) para realizar webpalestras e minicurso sobre o assunto, visando orientar e conscientizar os profissionais da Atenção Básica (AB) sobre a situação da sífilis congênita no estado.

E, para você que acompanha nosso informativo, na próxima edição iremos trabalhar mais profundamente esse tema. Não perca!



A medicina na Atenção Básica

e os desafios para conhecer e atender bem a população

Fernanda Lazzari lembra a dificuldade que foi escolher qual área seguir quando estava concluindo a graduação em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, em meados de 2003. E foi nessa reta final que ela descobriu a área em que neste ano comemora uma década atuando: medicina de família. “Eu sempre gostei de muitas coisas durante a graduação, mas a minha preferência sempre foi estar com as pessoas, interagir com os pacientes, por isso eu tinha claro que eu queria atender, queria estar na clínica. Mas dentro disso, eu gostava de quase tudo: atender criança, idoso, gestante, mulher... Então eu pensava: ‘nossa, vai ser difícil escolher’. Daí eu me aproximei da medicina de família mais no final da graduação e vi que dava para juntar tudo”. Esse “tudo” que a Fernanda cita está descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2012 pelo Ministério da Saúde (veja o quadro no final desta reportagem).

“Você já deve ter ouvido esta frase de que ‘a gente é especialista na pessoa’”, comenta Fernanda ao explicar qual o seu papel profissional na vida das pessoas. “Eu não vou ser especialista na doença, vou ser especialista na doença que aquela pessoa tem, porque eu sou especialista nela. Eu vou ter que saber, mesmo que às vezes ela tenha uma síndrome rara que não é do meu dia a dia, mas eu vou ter que me obrigar a estudar para dar uma assistência melhor para aquele indivíduo”, acrescenta.

Dos dez anos trabalhando como médica de família, nove são dedicados à Unidade Básica de Saúde (UBS) do Saco Grande, em Florianópolis. Esse tempo de trabalho permitiu que Fernanda criasse vínculos com a comunidade e se apaixonasse ainda mais pela profissão. “Eu sou muito contente com a minha escolha, eu sou até suspeita de falar sobre isso, porque eu realmente gosto muito do trabalho de Medicina de Família, porque você tem vínculo, acompanhamento, as pessoas vão ganhando confiança em ti ao longo do tempo e você vai construindo essa relação, isso é muito gratificante porque você consegue dar apoio nos diferentes momentos da vida que a pessoa precisa”, e acrescenta: “É legal que há pacientes que eu acompanhei desde o pré-natal e que já estão com sete, oito anos”.

O Centro de Saúde do Saco Grande conta com seis equipes, que atendem juntas, em média, 20 mil pessoas. A equipe da qual a Fernanda faz parte acompanha entre duas e três mil pessoas que usam o Centro de Saúde como referência. A população atendida tem como característica ser constituída por muitos idosos e pessoas com doenças crônicas, que apresentam como principais problemas a hipertensão, o diabetes e as complicações relacionadas a essas doenças. O vínculo formado com a população traz vantagens na abordagem e nos trabalhos desenvolvidos, facilitando o trabalho da equipe. “Você vai saber, por exemplo, ‘ah, o fulano

não aparece há tanto tempo’, e daí você busca conversar com o Agente Comunitário de Saúde para dar uma averiguada. Com o tempo, você vai conhecendo melhor as pessoas, o que facilita o acompanhamento longitudinal. É claro que pra isso a gente conta muito com os outros membros da equipe”, relata.

O acompanhamento longitudinal traz outras responsabilidades para o médico de família, o que torna difícil a tarefa de limitar a sua atuação. Ele se transforma no coordenador do cuidado da pessoa e faz o intercâmbio com os demais profissionais que acompanharão o paciente em algum tratamento específico. “Eu sempre vou ser a pessoa de referência do usuário e em alguns momentos vai ser preciso ir para um especialista, mas ele não vai se afastar da AB, ele sempre continua sendo acompanhado por mim”, explica Fernanda.

Apesar da importância do médico de família e comunidade, o processo de implantação das equipes e unidades de saúde, iniciado em 1994, se realizou em descompasso com a estruturação e o fortalecimento dessa especialidade. As novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina, implantadas a partir de 2014, tentam suprir uma lacuna apontada por Fernanda: “temos um modelo de formação que é centrado na especialidade, que acaba formando precocemente especialistas. E a gente não tem conseguido formar de maneira adequada os estudantes numa



abordagem mais generalista". Nesse embalo, também surgem novas propostas de reformulação da Atenção Básica no Brasil, por parte do Governo Federal, estados e municípios e que resultaram na instalação de mais de 40 mil equipes do programa Saúde da Família em todo o país.

O relatório "Demografia Médica no Brasil 2015" indica que cerca de 400 mil médicos atuam no país. De acordo com os números divulgados neste ano pelos conselhos Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) e Federal de Medicina (CFM), o total de registros de médicos no país é de 432.870, mas 33.178 registros se referem a registros secundários, ou seja, são de profissionais com mais de um registro nos conselhos regionais. Excetuando-se os registros secundários, o Brasil possui, em média, 2,11 médicos para cada mil pessoas. A taxa é muito próxima da de países desenvolvidos, como Estados Unidos (média de 2,5 médicos por

grupo de mil habitantes), Canadá (2,4) e Japão (2,2). Em Santa Catarina são aproximadamente 1.800 médicos atuando na AB (não necessariamente com especialização em medicina de família e comunidade), segundo dados da Gerência de Atenção Básica (Geabs) da Secretaria de Estado da Saúde. Esses profissionais atuam em aproximadamente 1.714 equipes de Saúde da Família (dados de maio de 2016).

Os desafios da rotina de trabalho dos médicos variam de acordo com a equipe e as especificidades da população atendida. Entre as dificuldades encontradas no dia a dia de trabalho, Fernanda relata que a principal é a organização das demandas. Ela acredita que o importante é a desconstrução de alguns costumes: "às vezes, está muito enraizado, principalmente nos trabalhadores, que a unidade básica de saúde é para consulta marcada e para atendimento ambulatorial. E a gente está o tempo todo tentando des-

construir essa ideia e mostrar que é para as necessidades da pessoa. (...) Então, talvez esse seja um grande desafio, de entender que a Atenção Primária à Saúde é tanto demanda espontânea quanto programada, e que a gente tem que se organizar para tentar dar conta dessas duas frentes".

O trabalho em saúde é realizado em equipe, como podemos acompanhar ao longo das reportagens sobre os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família. Fernanda complementa esse pensamento ressaltando a importância do trabalho: "quando a gente pensa que o produto final do nosso trabalho tem que ser a melhoria da vida dentro do que as pessoas nos pedem, cada profissional é uma peça fundamental nisso. Então o trabalho vai horizontal, e não na lógica de quem pode mais ou pode menos, mas somando os esforços para que aquela pessoa fique bem".

O trabalho do médico na Estratégia Saúde da Família

Confira algumas funções do médico na equipe de Saúde da Família:

- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente;
- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Quer saber mais sobre as atribuições desse profissional? Nós citamos apenas algumas atividades, mas você encontra todas as informações na **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**!

Confira!



Image by Wilson Joseph



“Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais”

O título desta entrevista foi o lema de um dos principais movimentos do campo da Saúde Mental, a Luta Antimanicomial, que comemorou no dia 18 de maio, trinta anos de militância pela transformação do modelo de assistência para pessoas com problemas mentais, substituindo os hospitais psiquiátricos por alternativas que busquem resgatar a liberdade, a autonomia e a integralidade do ser humano. Para lembrar a data e reforçar a luta por novas conquistas e nenhum retrocesso no campo da Saúde Mental, convidamos o professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Walter Ferreira de Oliveira, para uma conversa sobre os desafios contemporâneos desse movimento.

Desde a década de 70, a Luta Antimanicomial vem promovendo uma transformação do modelo assistencial para as pessoas com problemas de saúde mental. Desde que a Lei da Reforma Psiquiátrica entrou em vigor, em 2001, tem-se fechado hospitais psiquiátricos para investir em tratar as pessoas sem confinamento. No âmbito da Atenção Básica (AB), quais foram as principais consequências dessas conquistas?

Walter Ferreira de Oliveira - Uma das principais consequências foi a junção do tema da mente novamente ao tema do corpo. A gente estava muito habituado a achar que no Centro de Saúde ou nos outros espaços que tratam do físico, você trata apenas dos problemas orgânicos e os psíquicos não têm lugar ali, logo, esses “qualquer coisa” você manda para um lugar especializado, para o hospital psiquiátrico ou, atualmente, para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eu acho que a forma de trabalhar dentro da filosofia da Reforma Psiquiátrica – que engloba a Luta Antimanicomial – trouxe de volta a reflexão de que não há mente sem corpo,

nem corpo sem mente, o que implica na questão da integralidade. Conseguiu-se falar com o profissional da AB para que ele entenda que uma pessoa que sofre de hipertensão, de diabetes, que padece por qualquer coisa, ela sofre psicologicamente com isso também, ou seja, há sempre um componente psíquico envolvido em qualquer problema de saúde, e vice-versa também. Quer dizer que quando chega uma pessoa que está com um problema psíquico, a primeira medida não é mandar ela para outro lugar, como se ela não tivesse espaço na AB. Na verdade, ela é uma pessoa que, um dos seus problemas (como poderia ser o fígado, o pâncreas) é um problema psíquico, que faz parte da inserção dela no território, na família, na comunidade. Então essa foi a principal conquista: conseguiu resgatar a ideia da integralidade do ser humano.

Uma característica fundamental da reforma estrutural do modelo de atenção é a projeção de um campo intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar. Nessa visão, qual a



Walter Ferreira de Oliveira é professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina desde 2002. É o atual presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (gestão 2015/2017). Na UFSC, coordena o Núcleo de Humanização, Arte e Saúde (Nuhas) e os projetos de extensão Humanizarte e Terapeutas da Alegria. Em 2010, recebeu o prêmio de “Cientista do Ano” pela University for Peace Foundation, órgão vinculado à Unesco com sede em Costa Rica



contribuição da AB? No modelo de assistência de Saúde Mental vigente hoje, qual o papel dos profissionais da AB?

W.F.O. - Acho que o profissional da AB tem o papel de ordenar essa lógica. A Saúde é o campo que aparentemente está mais alerta para essa necessidade de trabalho intersetorial. O profissional de saúde hoje já aprende essa palavra desde a graduação e sabe que não consegue cuidar de ninguém sem um olhar intersetorial, então ele tem a responsabilidade de organizar essa forma de trabalho. Isso quer dizer que se ele recebe, por exemplo, uma criança, que veio da escola por recomendação do psicólogo por ter hiperatividade – que é uma coisa muito comum hoje –, é responsabilidade do profissional da AB entender que há outros lugares onde aquela criança precisa ter atenção que não apenas na Saúde, como na própria escola, na família, e em diversos espaços. O profissional não tem a responsabilidade de ir lá nesses lugares, mas tem a obrigação de entender e tentar facilitar essa forma de trabalho de rede intersetorialmente.

Trinta anos após o início da Luta Antimanicomial, quais são os desafios atuais no campo da Saúde Mental? Quais as principais discussões em pauta e o que se precisa avançar?

W.F.O. - São muitos desafios, pois os obstáculos da saúde são os mesmos do Brasil e, além disso, temos os nossos desafios próprios e específicos. Um deles é a cisão que houve no campo da Saúde Mental entre os profissio-

nais que defendem um modelo de reforma e os que defendem um modelo mais tradicional, o que acabou dissociando as forças. *[Quais são esses modelos?]* De um lado você tem gente que ainda hoje acha que a principal atenção à pessoa com problema de Saúde Mental deve ser dada pelo médico, no hospital, e que o principal e único recurso terapêutico é o medicamento. Por outro lado, há aqueles que acreditam que não se deve nunca encaminhar a pessoa com problema de saúde mental para o hospital e tratá-la com medicamentos. Esses seriam dois extremos radicais, mas essa cisão se manifesta de outras formas também, como o olhar do cuidado, se há lugar para a intersetorialidade, para a interdisciplinaridade, então essa cisão do campo é um dos grandes desafios. Outro obstáculo é o próprio retrocesso que nós estamos vendo acontecer dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. Existe uma grande tendência hoje, que está ficando clara a partir de algumas medidas, de privilegiar a privatização da saúde e, inclusive, de áreas que são muito perigosas de privatizar, como a própria administração da AB, que precisa ser muito bem pensada. Isso afeta também o modelo de financiamento. Nós estamos com um problema sério de financiamento porque, como o país se autodenomina em crise econômica, os cortes acabam sendo em áreas sociais que afetam diretamente a saúde e na própria área da saúde. E aí vem outro grande desafio que é o de gestão: nós precisamos de ges-

tores mais preparados e mais sensíveis para lidar com a área da saúde, o que não é o caso de muitos lugares. Se olharmos o Brasil como um todo, vamos encontrar ainda exemplos de secretários de saúde, de coordenação de Saúde Mental, de gestores em geral, pessoas que não estão preparadas para lidar com uma situação de transição, de reforma, de cisão, de conflitos, em que você não pode se dedicar apenas à colocar este ou aquele lugar em privilégio, mas entender o campo como um todo e agir e atuar de forma mais democrática e coletiva.

No cenário atual, ninguém defende publicamente a ideia de manter pessoas presas em manicômios, mas ainda há divergências sobre a melhor forma de lidar com pessoas com problemas de Saúde Mental, logo, a perspectiva de mantê-las isoladas ainda é opção defendida por alguns profissionais. Como mudar essa mentalidade?

W.F.O. - Essa é uma discussão muito interessante porque a questão da exclusão não é só relativa ao manicômio e à Saúde Mental. Você vê essa tendência de exclusão sempre que há uma situação ou um grupo pelo qual a sociedade se sente ameaçada ou incomodada. Esse afastamento tem como base filosófica do pensamento (na melhor das hipóteses, quando as pessoas estão realmente bem intencionadas) a exclusão para a proteção, ou seja, excluí-la para protegê-la, de si mesma e do outro. No caso do manicômio, onde se



colocavam principalmente os loucos, mas não só, se protegia o sujeito de alguma autoagressão (suicídio, mutilação) e o protegia também da comunidade, que podia se exaltar com ele ou querer agredi-lo. A base passa a ser então você se perguntar como é que se protege melhor e, quando não é um caso explícito de tentativa de suicídio, de autoagressão ou de irritabilidade muito grande, se ele está simplesmente delirando, ou estado de paranoia, de depressão média, ou seja, quando você fica nessa zona que não chega ao extremo, o que é proteger? Será que a exclusão da maneira tradicional protege e melhora a pessoa, trata e cuida da pessoa? A evidência maior que se tem é que não e que, ao contrário, com o tempo isso cronifica os problemas da pessoa, cria mais problemas, enlouque aqueles que muitas vezes não estavam loucos, enfim, piora a situação. Então as pessoas que defendem essa mentalidade, primeiro precisam ser esclarecidas disso, pois muitas não são. Existe uma fantasia na cabeça das pessoas de que a própria internação em si vai fazer alguma coisa pela pessoa, como se a internação fosse um medicamento e que internando ele vai melhorar. Mas as pessoas não tem conhecimento disso. Vai melhorar como? O que é na internação que vai fazer as pessoas melhorarem? Então tem uma questão importante de informação que é uma forma de mudança nessa perspectiva. Mas eu acredito que seja necessário mexer também com a própria estrutura da sociedade

quanto à cultura de enfrentamento dos seus problemas. Por exemplo, não é encarcerando todas as pessoas nas prisões, que você vai acabar com o crime. Por mais que seja doloroso você ter que pensar outras alternativas, porque ficou muito fácil você usar uma alternativa que já existe há vários séculos, mas você só vai inchando essas prisões e internações e você não vê um resultado positivo. O problema é que nós não experimentamos ainda o suficiente para ver outros resultados. Porém nós já temos algumas experiências que mostram resultados muito melhores, como os CAPS, as residências terapêuticas, os serviços instrutivos, essas experiências já têm mostrado claramente que são soluções melhores. Mas a sociedade precisa ser trabalhada culturalmente e, muitas vezes, quem domina a cultura – como pessoas da mídia, gestores – também tem essa mentalidade da exclusão, e precisam ser informadas e educadas a esse respeito. Parece absurdo dizer isso, mas tem gente gerindo saúde, que não tem essa compreensão.

Agora falando especificamente sobre a questão das drogas. A demanda por internação para dependentes químicos aumentou significativamente após a reforma psiquiátrica e, por isso, especialistas ainda discutem como enfrentá-la. Como o movimento da Luta Antimanicomial vê a questão das internações compulsórias de usuários de drogas?

W.F.O. - Um princípio que se usa na terapêutica é que aquilo que

é obrigatório geralmente não funciona. O mais interessante e ideal seria quando a pessoa deseja o tratamento e, assim, este deverá resultar melhor. Quando a pessoa é obrigada porque foi presa contra a vontade e não existe um momento de que ela se convença de que aquilo é o melhor para si, esse resultado é mais uma carta jogada fora. Isso é um problema porque a cada carta jogada fora, você aumenta a resistência e piora a possibilidade de recuperação daquela pessoa. Então nós teremos que encontrar mecanismos melhores – e algumas experiências estão sendo feitas e apontando nessa direção – para que não se precise ficar internando as pessoas compulsoriamente. Isso não quer dizer que não possa haver, talvez, algumas exceções (e eu sempre faço essa ressalva porque as coisas não são “tudo ou nada”) que você precise lançar mão de medidas extremas. Mas, na grande maioria, o que a gente vê é esse caminho da facilidade, de internar a pessoa como se isso fosse resolver, sem primeiro tentar os passos necessários e possíveis que poderiam preceder aquela internação, como um trabalho com a família, um trabalho de ressocialização, de reabilitação psicossocial, um trabalho de rede, de funcionamento de intersectorialidade. Ou seja, se o sistema funcionasse como a Reforma Psiquiátrica tem preconizado, talvez nós tivéssemos resultados muito melhores e uma não necessidade das internações compulsórias. Mas como não se coloca o sistema funcionando dessa maneira,



acaba não tendo essa oportunidade. Só que quem sofre com isso são as comunidades, as pessoas, os internados e o próprio Estado.

E sobre a prática de redução de danos. Você acha que essa é uma prática interessante para os profissionais trabalharem com os usuários de drogas na Atenção Básica?

W.F.O. - Acho que sim. Hoje a redução de danos está tão creditada, tão bem vista, que ela extrapola a Saúde Mental. Hoje se trabalha com a redução de danos para várias situações em que hábitos são fundamentais, como no caso da obesidade, da medicalização, etc. Como a redução de danos começou com os usuários de drogas por conta da AIDS, ela ficou muito ligada somente à questão das drogas, mas não é. É uma ideia interessante e acho que é a mais sensata, porque você está lidando com seres humanos e seres humanos têm escolhas, têm resistências, paixões, emoções. Ninguém consegue obrigar o outro (e você jamais saberá se conseguiu mesmo) a aceitar uma coisa que ele não quer aceitar. Então a redução de danos estimula não só o tratamento em si, como também a própria relação do profissional com a pessoa, que permite que o tratamento tenha resultados melhores.

Muitos críticos da Luta Antimanicomial argumentam que a ideia de hospitais psiquiátricos como depósitos de pessoas com problemas de saúde mental é uma visão de 50 anos atrás, que não é atualizada porque é con-

veniente ao discurso. Eles reforçam que é interessante a ideia de liberdade, mas o que se vê é que da teoria à prática há uma grande distância. Dados do Ministério da Saúde apontam, por exemplo, que há 5 anos temos 40 milhões de pessoas com problemas de saúde mental, com uma cobertura de assistência de apenas dois mil CAPS. Como superar essa distância? Como ter uma relação mais condizente entre essas duas visões?

W.F.O. - Por conta de como surgiu essa disputa, ela nasce inicialmente como conflito. Então primeiro nós temos que superar essa fase de conflito. Eu acredito que os líderes (quando falo em líderes, falo em gestores da saúde, pessoas que estão em associações profissionais, os sindicatos, os conselhos, as pessoas que estão dirigindo instituições de saúde, os coordenadores de centros de saúde, os líderes de movimentos de Luta Antimanicomial, todas as pessoas que têm uma voz de liderança) têm que primeiro trabalhar para poder ouvir um ao outro e entender até que ponto faz sentido o que o outro está dizendo. A gente sabe que certas coisas são inegociáveis, mas as pessoas têm que aprender a ser mais políticas. Você não precisa negociar o inegociável, mas as pessoas precisam ser mais inteligentes politicamente para avaliar o que é possível discutir agora e como podemos ouvir um ao outro – isso partindo do princípio que você está lidando com seres humanos bem intencionados que estão trabalhando para o bem comum, então há muitas coisas que nós podemos chegar a um consenso agora. Você vai

encontrar hoje, por exemplo, pessoas que tradicionalmente fazem parte de corporações que acreditam muito na medicalização e na manicomialização que já têm uma postura diferente. Eu conheço vários médicos psiquiatras, vários enfermeiros psiquiátricos, que trabalham inclusive em instituições de manicômios e que já pensam diferente, mas que as pessoas botam como se fosse um todo, como se todos os médicos psiquiatras pensassem igual ao discurso que é colocado em um determinado lugar, por uma determinada fonte, e não é assim. Da mesma forma, você tem pessoas que trabalham com a Luta Antimanicomial que são extremamente radicais, que não dialogam, mas não se pode pensar que todos são assim. Temos várias pessoas que são líderes de movimentos sociais e trabalham com a Luta Antimanicomial e estão abertas ao diálogo, procurando escutar a posição do outro. Por isso precisamos de inteligência política, porque as pessoas podem conversar para tentar superar um momento inicial em que só havia conflito, mas nem tudo serão concordâncias e nós temos que estar preparados para isso.

Dicas

Que tal saber mais sobre o trabalho com Saúde Mental na AB? Indicamos as webpalestras “Saúde Mental: grupos na atenção primária à saúde” e “Saúde Mental: acolhimento, queixa, necessidade e demanda”. Acesse [youtube.com/telessaudesc](https://www.youtube.com/telessaudesc) e busque em nosso acervo.



O tratamento da pessoa com **H1N1** na Atenção Básica

Este ano foi diferente: a gripe antecipou o frio e não o contrário. Embora o número de mortes em Santa Catarina ainda seja menor do que nos anos de 2013 e 2014, o que mais chamou a atenção da população e das autoridades para a epidemia de H1N1 foi o surgimento dos casos antes do período habitual de prevalência da doença. Vários casos graves e óbitos foram registrados ainda em março em várias regiões do país, o que forçou a antecipação do início da Campanha Nacional de Vacinação contra o H1N1 em alguns lugares. A grande procura no início da campanha e o desconhecimento por parte da população de como é feita a distribuição das doses levantaram boatos de que estaria faltando vacinas. Porém, com o término da campanha e a normalização da procura, a média de imunização da população de risco permaneceu a mesma dos anos anteriores aqui em Santa Catarina (cerca de 90%). Fica o alerta para que os cuidados coletivos sejam mantidos ao longo de todo o ano para que novos surtos não nos peguem de surpresa.



Em julho de 2009, Adélia Regina Schmidt dividia o seu tempo entre administrar sua nova vida como aposentada e as tarefas de cuidado com o seu primeiro neto, Pedro, de dois anos. Fumante desde os 30, nunca viu impedimento em continuar com o vício, mesmo com a renite alérgica que de tempos em tempos a deixava mal. Os dias frios do inverno de Florianópolis também não a intimidavam a andar de camiseta e chinelo, pois estava acostumada com o “frio de cortar” da terra-natal Mondai, no Oeste catarinense.

Naquele ano, o que no início parecia ser mais um resfriado, “daqueles que a gente se cura com um chazinho de gengibre e bastante mel”, fez com que a aposentada ficasse internada por 17 dias no hospital, sendo 11 em estado grave. “Senti falta de ar, dores no peito, muita febre e tive até diarreia. As dores nas ‘juntas’ pareciam que iam me virar do avesso. A sorte é que qualquer dorzinha que eu sinta eu já corro pro posto, mesmo que não seja nada”, lembra. Adélia foi um dos 3.029 casos notificados de pessoas que con-

traíram o vírus H1N1, responsável pela pandemia mundial de gripe A decretada pela Organização Mundial da Saúde em 2009. Hoje, aos 61 anos, quando vê na televisão as propagandas da campanha de vacinação contra a influenza já corre à unidade de saúde buscar orientações.

Após a pandemia mundial de 2009 e a epidemia registrada em Santa Catarina em 2012, a gripe A causada pelo vírus H1N1 voltou a ser notícia neste ano devido ao surgimento de casos graves e mortes antes do período característico da doença – e



Cuidados em casa

- 1 **Janela aberta** - Mantenha os ambientes da sua casa sempre bem arejados para evitar a concentração do vírus.
- 2 Capriche na higiene dos produtos que são consumidos in natura, especialmente os que ficam expostos sem proteção no mercado.
- 3 Limpe diariamente as superfícies dos móveis com a solução de uma colher de sopa de água sanitária para um litro de água.
- 4 Lembre-se de lavar as mãos a cada hora.
- 5 Não esqueça de manter uma alimentação balanceada e a hidratação frequente.



antes mesmo da campanha nacional de vacinação. As complicações e o aumento de casos de gripe, que nos anos anteriores, apareciam com maior frequência a partir do mês de maio, neste ano começaram a surgir em março. Segundo o Ministério da Saúde, até o dia 19 de março, tinham sido registradas 46 mortes por H1N1 em todo o Brasil, 10 casos a mais do que o registrado em todo o país no ano passado. Até o dia 2 de junho, Santa Catarina contabilizou 1.459 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo 333 casos confirmados de influenza A (H1N1) e 29 óbitos decorrentes da doença, segundo o Boletim Epidemiológico Nº 13/2016 – Vigilância da Influenza – divulgado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Dive) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Para compreender o que é e como age o vírus causador da influenza A, e assim atuar mais rápido no tratamento da doença, é importante que os profissionais de saúde consigam diferenciar bem resfriado de gripe. A gerente de Imunização e Doenças Imunopreveníveis da Dive, Vanessa Vieira da Silva, explica que o resfriado é mais comum e, geralmente, “é uma congestão nasal, uma tosse com um pouco de secreção, tem uma febre baixa, mas não passa dessa congestão, que a gente diz que ‘não passa’ das vias aéreas superiores, da região do rosto”. Já a gripe apresenta sinais mais relevantes, ou seja, “tem febre alta, tem comprometimento de pulmão, pega vias aéreas inferiores também”. A gripe pode ser causada por vários tipos de vírus influenza, daí os tipos A, B e C.

O tipo C, segundo Vanessa, não tem circulação em Santa Catarina. Entre os dois tipos que circulam no estado, o tipo A é que causa mais complicações. Dentro da influenza A, existem os subtipos H1N1 e H3N2. “E, hoje, o que nós temos circulando aqui (em SC) é o H1N1, que foi o mesmo vírus que trouxe todos aqueles transtornos em 2009”, explica Vanessa.

Na casa de Adélia, é ela que assume a responsabilidade de cuidar da saúde de todos, inclusive dos netos que moram com os pais: marca consultas, exames, administra as cadernetas de vacina e não deixa nenhum doente ficar sem acompanhamento médico. “A gente precisa cuidar, já que todo mundo trabalha, vive na correria. Aí eu, como tenho tempo, fico no pé deles. Às vezes, até brigam comigo”, conta rindo. Esses cuidados se estendem às redes sociais, que são, segundo ela, “a companhia enquanto todos (da família) es-

“Se a gente alcançar 80% da população vacinada, a gente consegue proteger um número de pessoas suficientemente importante para diminuir a quantidade de mortes e internações por influenza. Mas o ideal é que a gente alcance os 100%”

tão fora”. No seu perfil no Twitter, ela compartilha notícias sobre saúde e política, principalmente. “Vi muita notícia sobre a gripe e fiquei apavorada com a falta de vacinas. Li bastante, mas não sabia se dava pra confiar”, lembra.

Com o aumento da circulação do vírus H1N1 e, conseqüentemente, o aparecimento do surto de gripe antes do esperado, muitas pessoas procuraram as unidades de saúde atrás da imunização – inclusive o estado de São Paulo solicitou ao Ministério da Saúde (MS) a antecipação da distribuição das doses. Vanessa explica que a liberação dos lotes da vacina sempre acontece de forma programada e em remessas, que são distribuídas aos poucos pelos dois laboratórios contratados pelo MS. Como neste ano as pessoas procuraram antes e em maior quantidade, as primeiras levas não foram suficientes, visto que “normalmente na primeira semana a gente vacina 30% da população. Neste ano, a gente vacinou 61% em uma semana”, justifica Vanessa. A campanha nacional de vacinação contra influenza estava prevista para começar no dia 30 de abril, porém em Santa Catarina o início foi antecipado para o dia 25 de abril e seguiu até o dia 20 de maio. O estado superou a meta de vacinação e fechou o período com 91,6% do público-alvo imunizado, segundo dados do MS. Vanessa complementa que “se a gente conseguir alcançar 80% da população vacinada, a gente consegue proteger um número de pessoas suficientemente importante para diminuir a quantidade de mortes e internações por influenza. Mas o ideal é que a gente alcance os 100%”.

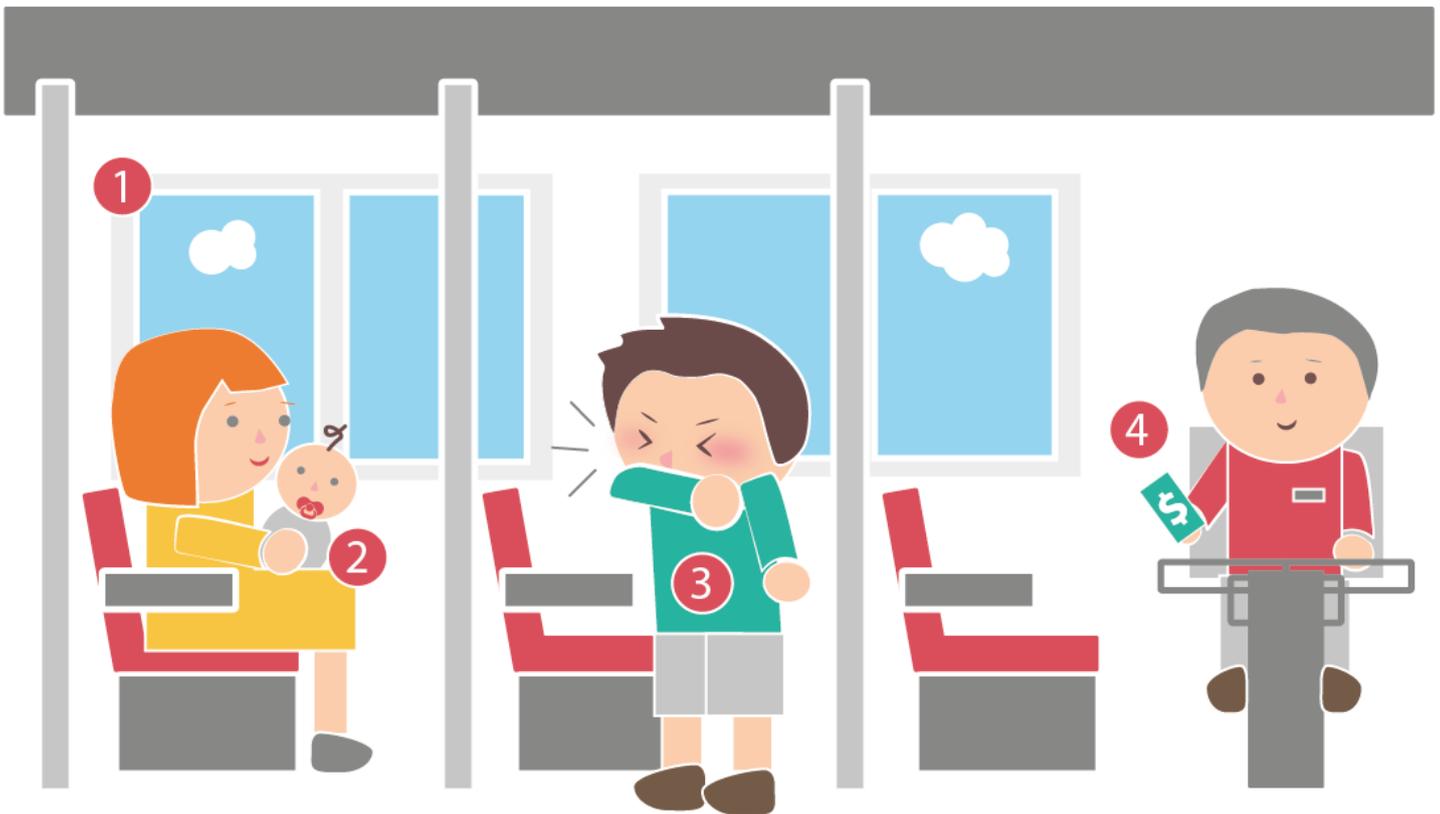


A vacina aplicada nas unidades de saúde e disponível à população é trivalente, ou seja, protege contra três tipos de vírus causadores da gripe: H1N1, H3N2 e um subtipo de influenza B. As doses são produzidas anualmente, iniciando a sua produção cerca de sete meses antes da campanha de vacinação, seguindo os critérios e as atualizações adequadas aos vírus circulantes para aquela estação e com composição indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Unidades sentinelas realizam avaliações epidemiológicas e mapeiam os sorotipos dos vírus circulantes no ano para indicarem quais vírus serão aplicados nas vacinas do ano seguinte. Por isso é importante lembrar a população que todos os anos é necessária a aplicação da vacina para atualizar a imunização.

Sobre os grupos de risco que devem ser priorizados na vacinação, Vanessa coloca que “a estratégia da vacina é diminuir a quantidade de pessoas que

são internadas e morrem. Essas pessoas correspondem a mais de 90% dos casos e, por isso, são o público-alvo da vacina”. A estimativa apresentada é baseada em dados da OMS e permite certa tranquilidade para as pessoas que não se enquadram no grupo, pois “difícilmente serão pessoas que internarão e morrerão por causa da gripe”. Cabe ressaltar que a vacina não mata o vírus circulante, mas sim ajuda na proteção individual do sistema imunológico de quem foi



Cuidados no transporte coletivo

- 1 Evite ambientes fechados com concentração de pessoas. Se agasalhe melhor e mantenha as janelas do ônibus sempre abertas
- 2 Ninguém resiste a um bebê fofinho, não é mesmo? Caso toque na criança, lembre-se de não pegar nas suas mãozinhas
- 3 Se o espirro aparecer, não bobeie: cubra a boca e o nariz usando a região do cotovelo/antebraço e nunca as mãos. Lenços descartáveis também são bons companheiros nessa hora
- 4 Após manusear o dinheiro, lembre-se de não levar as mãos à boca ou aos olhos



vacinado, diminuindo as chances de quem já possui alguma deficiência imunológica desenvolver um quadro mais grave de gripe. “A chance de ficar gripado continua existindo, mesmo porque existem outros vírus circulantes, mas a gravidade do caso será menor”. O grupo de risco inclui crianças de seis meses a menores de cinco anos, gestantes, puérperas, trabalhadores de saúde, povos indígenas, indivíduos com 60 anos ou mais, pessoas com doenças crônicas e outras condições clínicas especiais, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional.

“Quando eu pego ônibus, eu abro todas as janelas. O povo tem mania de se fechar naquele bafo. Isso não é perigoso?” questiona Adélia, que, mesmo agindo por força do hábito, está contribuindo para um ambiente mais saudável. Segundo ela, a sua casa também vive aberta, para o ar circular. “Levanto às sete da manhã abrindo tudo. Só quando chove é que eu deixo fechado”. Quando perguntada sobre a limpeza da casa, quase se ofende: “Ué, por quê? Tá achando suja?”, mas na sequência compreende que a pergunta é para saber como ela mantém a casa livre dos vírus. Entre as leituras e compartilhamentos de notícias e informações, Adélia conta que aprendeu num programa de televisão uma receita para a limpeza diária da casa e que diz ajudar no combate aos vírus: “é uma colher de sopa cheia de

Ninguém está 100% imune e estima-se que entre 5 e 15% da população mundial adoença anualmente por causa desses vírus e que entre 3 e 5 milhões dos casos evoluam para situações graves, segundo a OMS

água sanitária para cada litro de água”.

Esses cuidados que Adélia já adotou na sua rotina são extremamente importantes e indicados pela Dive para diminuir o contato humano com os vírus. As medidas, chamadas coletivas, devem ser repassadas prioritariamente para a população nas unidades de saúde. “São medidas gratuitas e que todo mundo pode fazer: abrir a janela do ônibus, da igreja, no trabalho, manter a higienização frequente das superfícies e das mãos”, acrescenta Vanessa. Segundo informações disponíveis no site da Dive (www.gripe.sc.gov.br), o vírus é transmitido a partir das secreções respiratórias, podendo sobreviver até oito horas em superfícies tocadas frequentemente. A partir do contato com um doente ou com uma superfície contaminada, é que o vírus pode penetrar pelas vias respiratórias e contaminar

mais pessoas. O vírus está em circulação o ano todo, mas é no período do inverno que ele se manifesta mais, por diversas razões: aglomeração das pessoas em ambientes fechados, diminuição da higienização das mãos por conta da água fria, diminuição da imunidade por causa das quedas de temperatura etc. Ninguém está 100% imune e estima-se que entre 5 a 15% da população mundial adoença anualmente por causa desses vírus e que entre 3 e 5 milhões dos casos evoluam para situações graves, segundo a OMS.

Os principais sintomas que caracterizam a gripe são: febre alta, calafrios, tosse (podendo ser seca ou com expectoração), dor de cabeça, dor de garganta, cansaço, dor muscular e coriza. A indicação é de que a partir do aparecimento de dois ou mais desses sintomas, uma unidade de saúde deverá ser procurada pelo usuário. O vírus, após penetrar o organismo, age muito rapidamente e em 48 horas pode levar ao comprometimento dos pulmões da pessoa infectada. Por isso é importante iniciar o tratamento com a medicação recomendada o quanto antes. “O remédio não mata o vírus. Ele ajuda as células a fazer um ‘escudo de defesa’. Esse é o raciocínio: se eu tenho muitas células infectadas e eu começo a tomar o remédio depois, eu já tenho um estrago estabelecido. Quanto antes eu começar a tomar esse medicamento, menos células infectadas eu vou ter e menos chances eu tenho de adoecer ou chegar num estágio grave”, esclarece Vanessa. O Tamiflu® é a medicação que vem



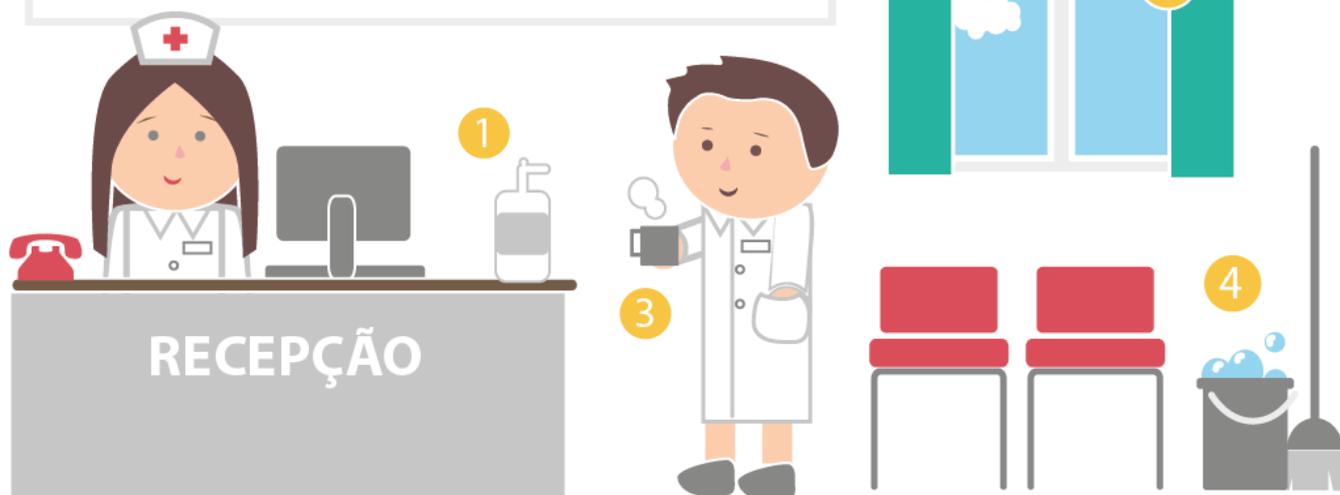
sendo distribuída pelo SUS e, conforme reforça Vanessa, “não é um medicamento contra influenza A – H1N1, mas sim um medicamento antiviral para influenza”, o que significa que a pessoa suspeita de estar contagiada pode iniciar o tratamento sem a confirmação do exame laboratorial (que leva de dois a três dias para ficar pronto). O remédio está disponível gratuitamente e “a ideia é que a pessoa saia da unidade de saúde já tomando a

primeira dose”. O tratamento dura cinco dias, sendo indicado dois comprimidos ao dia. Segundo a Gerência de Imunização e Doenças Imunopreveníveis, existem medicamentos suficientes para o tratamento de 40 mil pessoas atualmente distribuídos no estado de Santa Catarina e um estoque adequado para o tratamento de mais 30 mil pessoas. “Não vai faltar medicamento para ninguém, com certeza absoluta”, enfatiza Vanessa.

Retomando o conselho da Adélia, ao surgirem sintomas ou mal-estar, procure logo uma unidade de saúde. Também é importante respeitar o período de tratamento e permanecer em repouso afastado das funções diárias para se curar por completo e para evitar o contágio de outras pessoas. “Se eu tivesse bobado, nem estaria aqui hoje para te contar minha história com esse tal de H1N1”, finaliza Adélia.

Unidade de Saúde

Caso algum sintoma da gripe apareça, consulte um médico. Se confirmado o caso de H1N1, permaneça afastado do trabalho pelo período de 7 dias para tratamento. **A sua saúde e a dos colegas agradece!**



Cuidados no trabalho

- 1 Mantenha suas mãos limpas lavando-as de hora em hora ou usando álcool em gel
- 2 Se você não quiser o H1N1 como companheiro de trabalho, mantenha as janelas abertas! Assim o intruso pode ir embora
- 3 Não compartilhe objetos de uso pessoal, como alimentos, copos, toalhas etc.
- 4 Seu local de trabalho precisa ser limpo diariamente



click!

Agrofloresta na Atenção Básica



Fomos conhecer um projeto de horta comunitária desenvolvido no Centro de Saúde do bairro Coqueiros, em Florianópolis. Confira as dicas e o potencial desse tipo de atividade junto à comunidade

Há cerca de um ano e meio, a médica Ana Luiza Almeida Schumacher e a dentista Fernanda Pacheco implantaram o projeto de Agrofloresta nos fundos do Centro de Saúde de Coqueiros, na região continental de Florianópolis. Antes, o espaço era subutilizado e o solo era coberto por brita, o que impedia o crescimento de vegetação. A comunidade foi convidada para participar de multirões de limpeza do terreno e de criação de canteiros, onde, hoje, estão sendo cultivadas plantas medicinais de fácil manejo. Marilene Pereira (que aparece na foto que abre esta reportagem fotográfica) é uma das moradoras do bairro que participa da iniciativa deste o começo. Nascida em Canelinha (SC), foi criada na fazenda dos pais, em contato direto com a natureza, e usa o espaço como forma de manter alguns costumes daquele período. “É tão bom mexer na terra, sentir o cheiro das plantas, relaxar com essa troca”, relata.





“Tem gente que fala: ‘mas tá crescendo mato’. Aí a gente explica que parece mato, mas é um monte de plantas que estão sendo cultivadas em harmonia umas com as outras”, conta Fernanda sobre a confusão que algumas pessoas fazem antes de compreenderem o funcionamento deste microsistema sustentável. O projeto de Agrofloresta implantado no CS tem como finalidade a aprendizagem. Os encontros, que acontecem nas sexta-feiras, das 14h30 até às 16h30, servem para demonstrar o manejo correto do cultivo das plantas medicinais e também para ensinar como elas podem ser usadas e quais os seus efeitos ou indicações.



“É bom a gente ter uma horta na unidade, pois, as vezes, podemos receitar algo daqui para os pacientes. Aí é só abrir a porta do consultório e trazê-lo para conhecer a planta. Esse contato é importante e nos ajuda a unir os conhecimentos populares com os científicos”, conta Fernanda. Um exemplo dessa prática são as indicações que ela faz do uso da alfavaca cravo (*Ocimum gratissimum*), cultivada nos canteiros, para bochechos e que ajuda no tratamento de inflamações bucais.

Atualmente, são cultivadas cerca de dez tipos de plantas medicinais, algumas frutíferas e flores. Alguns canteiros foram cercados com garrafas pet usadas no CS e que iriam para o lixo.

As duas horas semanais de trabalho com a terra também são indicadas como terapia para pacientes em acompanhamento psicológico ou que queiram relaxar. A ideia não é transformar o CS num ponto de distribuição de plantas, mas sim “mostrar à comunidade que é possível desenvolver hábitos mais saudáveis e resgatar o contato com a natureza de forma simples”, explica Fernanda.





click!



Além do cultivo das plantas medicinais e de flores, também é trabalhada outra ideia bastante interessante: a compostagem. E ainda mais legal é o exemplo de reciclagem, pois é dentro dos tanques de duas máquinas de lavar estragadas que o processo é realizado. A compostagem consiste, de maneira geral, em utilizar a decomposição de material orgânico resultante do uso doméstico para geração de adubo e biofertilizante. Fernanda conta que durante a semana são recolhidas as cascas de frutas e restos de outros alimentos que os profissionais do centro de saúde consomem (imagem "a"). Na sexta-feira, o material acumulado é depositado dentro de um dos tanques (b) e coberto com serragem (c) ou capim seco (pode ser as ervas daninhas arrancadas da própria horta). Assim, são feitas sucessivas camadas (d). Neste tipo de compostagem, é importante lembrar de manter o depósito do material orgânico sempre fechado para evitar que animais indesejados entrem. Quando o tanque enche, é preciso reservá-lo até que o processo de decomposição esteja completo. Além do adubo resultante, que pode ser usado diretamente na horta, também é coletado o chorume (e), líquido resultante da decomposição da matéria orgânica e que pode ser usado como biofertilizante. "Deve ser usado uma medida do biofertilizante para cada dez medidas de água", explica Fernanda.

Dicas!

Conheça mais sobre compostagem e outras formas para implantar essa ideia no Centro de Saúde que você trabalha (ou até mesmo em casa) através dos sites:

www.planetaorganico.com.br

www.ecycle.com.br

blog.mundohorta.com.br



A criação de um espaço como o apresentado nesta reportagem faz parte das ações preconizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação da PNPIC, em 2006, a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram institucionalizados no SUS.

É um bom exemplo de que com vontade e criatividade é possível criar estratégias inteligentes e de baixo custo para aproximar os profissionais e a população, além de promover hábitos mais saudáveis.

Compartilhe as experiências que você desenvolve na sua unidade com a gente! Escreva para telessaude@gmail.com. Estamos sempre querendo saber mais sobre as atividades desenvolvidas por cada um de vocês!



Agradecemos a colaboração dos profissionais e da comunidade do Centro de Saúde de Coqueiros que viabilizaram a construção desta reportagem.





PERGUNTA DESTAQUE:

reações de hipersensibilidade às penicilinas

Quais as reações de hipersensibilidade possíveis pela aplicação da Penicilina benzatina?

De forma geral, as reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em⁽¹⁾:

- Reações imediatas: até 20 minutos após a administração da penicilina por via parenteral. Compreendem: urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e em menor frequência: edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque.

- Reações aceleradas: até 72 horas após a administração de penicilina. Compreendem: urticária ou angioedema, edema laríngeo e, em raras ocasiões, hipotensão e morte.

- Reações tardias: após 72 horas da aplicação. São as mais comuns, observa-se erupções cutâneas benignas,



As reações de hipersensibilidade podem ser imediatas, aceleradas ou tardias. Foto: <http://goo.gl/15hAQS>

morbiliformes e de boa evolução e, menos frequentemente, reações não cutâneas como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade.

Outras reações de hipersensibilidade também são apresentadas como possíveis: erupção maculopapular, febre, broncoespasmo, vasculite, doença do soro, dermatite esfoliativa, síndrome Stevens-Johnson e anafilaxia. E reações tóxicas incluem depressão da medula óssea, granulocitopenia e

hepatite. Pacientes com sífilis podem experimentar uma reação Jarisch-Herxheimer (febre, calafrios, dor de cabeça e reações no local da lesão), após o início do tratamento com penicilina e alguns indivíduos que receberam injeção intravenosa de penicilina G desenvolveram flebite ou tromboflebite. Quando a penicilina G é injetada acidentalmente no nervo ciático, ocorre dor severa e disfunção na área de distribuição deste nervo, que pode persistir por semanas⁽²⁾.

Para o tratamento de emergência de reações anafiláticas em UBS deverá haver estruturação de recursos físicos^(3,4):

- Espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de

Essa pergunta faz parte do serviço de **SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA** do Telessaúde SC. Ela está disponível na *Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde (BVS APS)*. Clique neste link para acessar a pergunta diretamente no site. Se você tem dúvidas sobre algum assunto clínico ou de processo de trabalho, procure conhecimento científico e técnico atualizado na BVS APS ou solicite uma teleconsultoria ao *Núcleo Telessaúde SC!*



urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

- **Materiais:** Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, cilindro portátil de oxigênio, aspirador portátil ou fixo, materiais para acesso venoso, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

- **M e d i c a m e n t o s :** Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolam, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

Além da organização da estrutura física da UBS, é responsabilidade também das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS) realizar o acolhimento e tratamento indicado (mesmo quando necessite de encaminhamento), capacitar os recursos humanos e organizar a rede de apoio para a garantia da integralidade do cuidado⁽⁴⁾.

Em caso de reações anafiláticas em decorrência da aplicação de penicilina, deve-se proceder de acordo com os protocolos que

O risco de hipersensibilidade no contexto da ABS impõem a necessidade da disponibilidade de materiais/ equipamentos para suporte adequado a pacientes com risco de choque

abordam a atenção às urgências no âmbito da ABS⁽⁵⁾. O risco de hipersensibilidade no contexto da ABS não está restrito ao uso de penicilina e a anafilaxia associada à ocorrência de parada cardiorrespiratória de qualquer natureza impõem a necessidade da disponibilidade de materiais/ equipamentos para suporte adequado a pacientes com risco de choque⁽⁶⁾.

Mesmo com riscos associados, o uso da penicilina benzatina continua indicado, sendo a droga de primeira escolha para o tratamento de pacientes com infecção estreptocócica (I-B)^(7,8) e é indicada para tratamento da sífilis (IV)⁽⁸⁾ e na profilaxia da Febre Reumática (A)⁽⁹⁾, pois os benefícios superam os riscos.

Importante destacar que são comuns as reações do tipo vasovagal durante a administração da penicilina, e todo cuidado deve ser tomado para não confundir estes episódios com quadro real de reação anafilática⁽⁷⁾.

A história de hipersensibilidade deve ser sempre investigada e se houver qualquer reação o uso da substância deve ser interrompido e o tratamento adequado realizado⁽⁶⁾. Oriente-se não liberar o indivíduo imediatamente após a aplicação de penicilinas e orientar para o tempo de ação do medicamento e o tempo médio até o início dos efeitos sistêmicos, garantindo a compreensão para qualificar para o autocuidado.

Bibliografia Selecionada

1 - São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento da Ação descentralizada (COGEST). Instrução Técnica para a prescrição e a utilização de penicilinas e prevenção da sífilis congênita. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2003. p. 10-21. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ass_farmaceutica/0004/penicilinas8.pdf Acesso em: 11 jul 2014.

2 - Miranda MCC. Reações adversas não alérgicas à suspensão injetável de Benzilpenicilina Benzatina: uma revisão sistemática (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002. p. 13-5; 82-4. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4785/2/522.pdf> Acesso em: 11 ago 2014.

3 - Cofen. Parecer de Conselheiro nº 008/2014 – solicitação de posicionamento do Cofen quanto a Portaria Ministério da Saúde nº 3.161, de 27/12/2011.

4 - Brasil. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html Acesso em: 17 jul 2014.

5 - Cofen. Parecer nº 003/2013/COFEN/CTAS e Parecer de Conselheiro nº 008/2014 – administração de penicilina aos usuários da rede de atenção básica à saúde – ABS, pelos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://es.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2014/09/PARECER-013-2013.pdf> Acesso em: 23 set 2014.

6 - Barbosa PJB, Müller RE, Latado AL, Achutti AC, et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(3 supl.4):1-18. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_febrereumatologica_93supl04.pdf Acesso em: 06 nov 2014.

7 - Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

8 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm> Acesso em: 05 nov 2014.

9 - Sociedade Brasileira de Pediatria. Febre Reumática: Tratamento e Prevenção. Projeto Diretrizes 2011. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/febre_reumatologica-tratamento_prevencao.pdf Acesso em: 06 nov 2014.



PERGUNTA DESTAQUE:

grupo de saúde mental na Atenção Básica

Como organizar grupos de saúde mental?

O primeiro passo para organizar um grupo é o planejamento, que tem como diretriz principal o processo de territorialização, ou seja, as práticas devem ser orientadas a partir do entendimento do território. O processo de territorialização contribui para o reconhecimento do contexto comunitário em que as equipes atuam e, a partir daí, é possível dar voz às necessidades comunitárias⁽¹⁾. Assim, as intervenções em saúde mental são concebidas na realidade do “dia a dia” do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades, buscando promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida. Para tanto, é primordial olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

Não se deve enclausurar o sofrimento ao diagnóstico, mas ampliar as condições de sujeito e de saúde. Ao invés de fazermos o grupo de saúde mental para esquizofrênicos ou deprimidos, podemos falar em Grupo de Saúde, ou Grupo em busca do Bem Estar, como proposta de driblar os sofrimentos do cotidiano. Para que determinado grupo possa, de fato, ter esse alcance positivo, em que se ampliam as condições e possibilidades de vivenciar as diferentes/diversas subjetividades, deve-se

prestar atenção para algumas de suas características e dinâmica. A proposta do grupo deve ser aquela que permite que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes, que seja capaz de fazer com que os usuários sintam-se ativos, ouvidos em suas demandas, para então poder ouvir e colaborar com a demanda alheia⁽²⁾.

Ao entender o sofrimento para além da doença há possibilidades de se produzir novos suportes no território, acionando dispositivos que articulem trabalho, cultura e renda, envolvendo e produzindo no real social, processos de subjetivação solidária e alianças de cidadania⁽²⁾.

Nesta perspectiva, é importante que a equipe trabalhe em conjunto com o profissional de Saúde Mental no levantamento de informações importantes para o planejamento em Saúde Mental, pois isso definirá as prioridades e os tipos de ação mais adequados ao contexto⁽³⁾.

O grupo deve ser pensado, a priori, quanto à sua: finalidade – qual o objetivo do grupo, se tem viés educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento, e sua estrutura – grupo aberto ou fechado, com um número de encontros previstos ou a depender da dinâmica de seus participantes, grupo misto ou delimitado por alguma característica específica⁽²⁾.

A classificação de grupos pro-



posta por Zimernan e Osório (1997), fundamenta no critério de finalidade de grupo, divididos em grupos operativos e grupos psicoterápicos. Os grupos operativos têm uma ampla conceitualização e uma extensa gama de aplicações. A proposta principal dessa técnica é a de grupos centrados na tarefa, ou seja, os integrantes mantêm relação direta com a tarefa, seja ela de cura, aprendizagem, entre outros. São quatro os campos de atuação para os grupos operativos: Ensino-aprendizagem; Institucionais; Comunitários; Terapêuticos. Já os grupos psicoterápicos têm por objetivo o desenvolvimento de um processo grupal que visa trabalhar com questões psicológicas e está centrado na busca do insight dos aspectos comportamentais, relacionais, comunicacionais e/ou inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal⁽⁴⁾.

Neste sentido, haverá maneiras de organizar o grupo que necessitará da presença de um profissional psicólogo ou psiquiatra, como nos grupos psicoterapêuticos; e outros momentos, que



não haverá necessidade da presença destes, a depender do tipo e da finalidade do grupo.

Os grupos educativos, comuns na APS, muitas vezes são pensados como solução para diversas situações identificadas no território, mas é preciso avaliar de forma crítica se, de fato, é a melhor estratégia, considerando aspectos biológicos, sociais e subjetivos⁽⁵⁾. Por exemplo, em uma comunidade são identificados diversos casos de depressão. Diante disto, a equipe decide criar um grupo educativo sem levar em consideração que a maioria das pessoas tem relação de parentesco e/ou a existência de conflitos familiares. Neste caso, a formação de um grupo não seria a estratégia mais indicada, considerando que por estes motivos sociais não haveria adesão, apesar de existirem razões epidemiológicas para tal.

Nos casos em que os grupos são de fato uma estratégia que potencializa a promoção da Saúde Mental ou a prevenção de doenças na APS, estes permitem uma poderosa e rica troca de experiências e transformações

subjetivas, pela pluralidade de seus integrantes, diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível⁽³⁾.

O manejo do grupo precisa propiciar condições de integrar os participantes em torno de determinada(s) tarefa(s) específica(s), sem comprometer a heterogeneidade de seus integrantes. Deve-se privilegiar a participação ativa dos integrantes do grupo, incitando-os a contribuírem com a tarefa grupal, de modo a comprometê-los subjetivamente com aquilo que está sendo tratado pelo grupo⁽²⁾.

A perspectiva de grupos deve estar pautada em uma flutuação entre o normativo e o criativo, permitindo que o mesmo seja, não só uma oferta do serviço, mas também um ponto da rede social de cuidado aos usuários de referência. Assim, sugerimos evitar a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico, buscando a diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer os sujeitos como pertencentes a um território comum; e enfatizar o grupo como lu-

A perspectiva de grupos deve estar pautada em uma flutuação entre o normativo e o criativo

gar de encontro entre sujeitos, e as pessoas como singularidades em permanente produção de si e do mundo⁽²⁾.

O que desejamos é que o grupo adote a diferença como requisito de cura, evitando totalizações e universalizações dos sujeitos, grupos, práticas de cuidado.

Indicamos a busca e leitura de relatos de experiências no desenvolvimento de grupos de saúde mental na Atenção Básica como apoio para o planejamento de grupos em sua UBS:

- São Paulo/SP (<http://atencaobasica.org.br/relato/96>),
- Porto Alegre/RS (<http://atencaobasica.org.br/relato/2650>)
- Vitória/ES (<http://atencaobasica.org.br/relato/4562>)

Essa pergunta faz parte do serviço de **SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA** do Telessaúde SC. Ela está disponível na [*Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde \(BVS APS\)*](#). Clique neste [link](#) para acessar a pergunta diretamente no site. Solicite uma teleconsultoria ao *Núcleo Telessaúde SC* se surgirem outras dúvidas.

Evidências e referências

- 1 - More CL, Ribeiro C. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>. Acesso em: 29 out 2014.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica (34). – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (pp. 121 a 126). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 29 out 2014.
- 3 - Chiaverini DH, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Intervalo de páginas. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 29 out 2014.
- 4 - MORE, C. L. O. RIBEIRO, C. apud PICHON-RIVIÈRE; ZIMERMANN; OSÓRIO. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>. Acesso em: 29 out 2014.
- 5 - Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev. APS. 2009; 12(2): 221 – 227. Disponível em: <http://aps.uffemnuvens.com.br/aps/article/view/330/205>. Acesso em: 29 out 2014.



Dicas

Site

Você conhece o site novo do Departamento de Saúde Pública (SPB) da Universidade Federal de Santa Catarina? Nele você encontra reportagens sobre diversos assuntos atuais da área da saúde, entrevistas com professores renomados e as mais variadas notícias, tudo isso a partir de uma visão crítica e ampliada de saúde. Na página você também pode conhecer os projetos de extensão e os grupos de pesquisa do SPB. Para conhecer o site, acesse saudepublica.ufsc.br.



Leituras

Chega de Descaso

Você sabia que as operadoras de planos de saúde doaram juntas em torno de R\$ 52 milhões, contribuindo para 131 candidaturas, que vão desde Deputado Estadual à Presidente da República nas eleições de 2014? A web série “Chega de Descaso” problematiza a contrapartida de tanto investimento e estimula o senso crítico da sociedade para pensar essa questão e os interesses por trás do mau funcionamento da saúde pública.



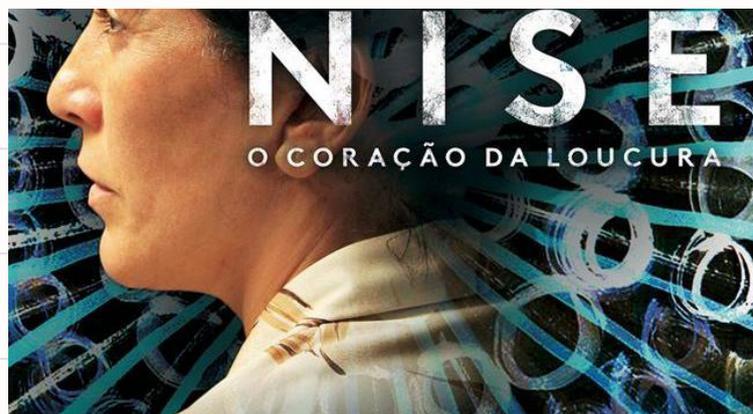
Formação Crítica para o SUS

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) produziu uma série de livros com conceitos, dilemas e tendências das políticas de saúde, visando atualizar e repoliticizar os atores da saúde coletiva. A coleção é composta por dez livros que resultaram do Projeto de Formação e Cidadania para a Saúde, realizado entre 2012 e 2013 pela entidade, em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (Opas). Encontre o material na íntegra [aqui](#).



Filme

O filme “Nise – O Coração da Loucura” retrata a história de Nise da Silveira, psiquiatra alagoana considerada a mulher que mudou a psiquiatria no Brasil e que lutou para a construção de um novo olhar sobre a saúde mental. Se contrapondo à ideia de cura através da violência, Nise revolucionou ao praticar uma nova forma de tratamento com seus pacientes: através do amor e da arte. Com a atriz Glória Pires no papel da personagem principal, o longa foi eleito o melhor filme da 28ª edição do Festival Internacional de Cinema de Tóquio.





PROGRAMAÇÃO

WEBS de JULHO

QUARTAS-FEIRAS 15H

06 Saúde Mental além dos psicofármacos
JULHO

13 Saúde do homem: Agenda básica na unidade de saúde
JULHO

20 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez: Aspectos importantes no Pre-Natal
JULHO

27 Prática da Endodontia na Atenção Básica e CEO (a confirmar)
JULHO

QUINTAS-FEIRAS 15H

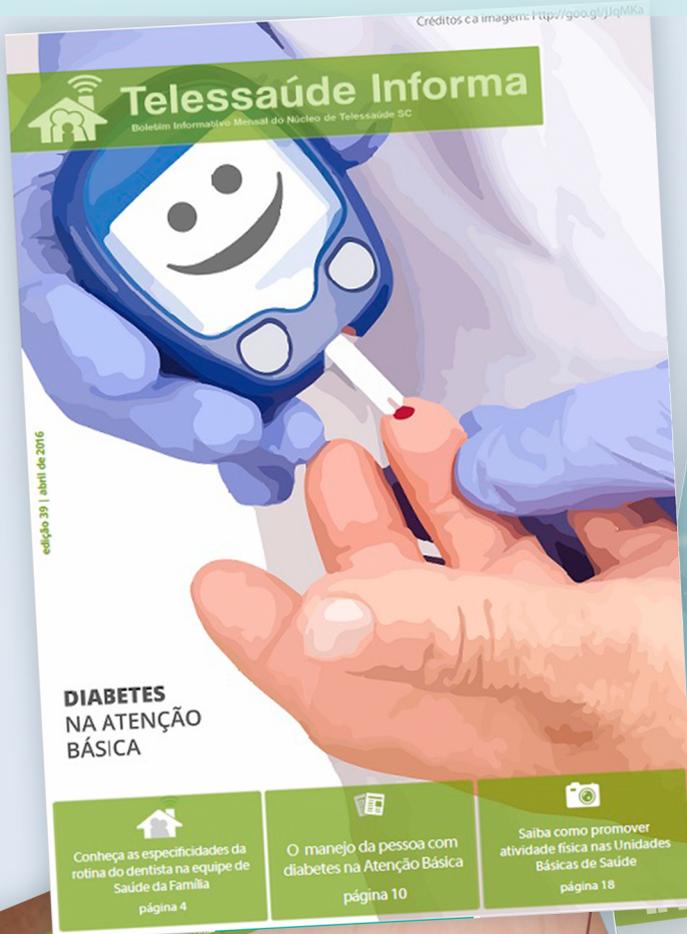
Hepatite Medicamentosa **07**
JULHO

Prevenção de incapacidade física e reabilitação em Hanseníase **14**
JULHO

Acidentes no trabalho em saúde **21**
JULHO

Ações na ABS voltadas à redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAP) **28**
JULHO

Expediente: **Jornalista Responsável:** Thaine Machado **Texto, redação, diagramação e edição:** Djalma Júnior e Thaine Machado **Reportagem fotográfica:** Djalma Júnior **Teleconsultorias:** Elyana Teixeira Sousa, Gisele Damian Antonio Gouveia e Luana Gabriele Nilson **Design e ilustração:** Catarina Saad **Orientação:** Antonio Fernando Boing, Elis Roberta Monteiro, Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Luise Lüdke Dolny e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Antonio Fernando Boing, Elis Roberta Monteiro, Gabriela Bankhardt, Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Luise Lüdke Dolny, Thaine Machado e Thaís Titon de Souza.



Telessaúde SC Informa

Acesse todas as edições no nosso site
<http://telessaude.sc.gov.br>